

滋賀ドクターBANK登録票 (滋賀県内病院の医師採用情報請求票)

平成 年 月 日

社団法人 滋賀県病院協会長 様

私は、下記のとおり、滋賀ドクターBANK(滋賀県内病院の医師採用情報請求票)への登録を申し出ます。

情報 の 取 扱 区 分	非公開	フリガナ お名前		性別	男 女
	非公開	現住所	〒 -		
	公開	満年齢	満	歳	
	非公開	今後の連絡方法 (当協会からご連絡させていただく場合、最もご都合の良い連絡方法に☑の上、電話番号等をご記入ください)	電話	-	-
			携帯電話	-	-
			FAX	-	-
			E-mail	上記の連絡方法について、ご都合の良い時間等があれば、ご記入下さい。 曜日(. 曜) 時間帯(時~ 時)	
	公開	臨床経験年数	年		
	公開	ご希望の診療科名			
	公開	ご希望される勤務形態 (ご希望の勤務形態に☑してください)	常勤	非常勤	どちらでも良い
非公開	現時点での県内病院への就職のお考えについて	できるだけ早く就職したいと考えている。 将来(数年後)、就職したいと考えている。 とりあえず、県内病院の医師採用情報を知りたい。 その他()			
非公開	その他、ご要望があればご記入ください。				

情報の取扱区分

公開 = 県内求人病院へ情報提供します。

非公開 = 当協会の内部情報として取り扱い、登録者の承諾無しに求人病院を始め、外部へは提供しません。

滋賀県内の病院に就職をご希望の方や県内病院の医師採用情報の詳細がお知りになりたい方は、上記の「滋賀ドクターBANK登録票(医師採用情報請求票)」に所要事項をご記入いただき、下記あて郵送、電話、FAXによりご連絡くださるようお願いいたします。(欄は必須記入事項です。)

社団法人滋賀県病院協会「滋賀ドクターBANK」係
〒520-0044 滋賀県大津市京町四丁目3-28(滋賀県厚生会館3F)
TEL:077-525-7525 FAX:077-525-5859

ご送付をいただきますと、当協会から改めて確認のご連絡をさせていただく場合がございますので、ご了承ください。